

même, elle est tellement obscure, que la maladie peut avoir déjà fait des progrès considérables, sans que le malade en ait pour ainsi dire eu connaissance. Il est pourtant une circonstance où cette douleur peut se manifester assez vive, c'est lorsque l'affection est subordonnée à une cause syphilitique ou rhumatismale. Mais, s'il est permis de s'exprimer ainsi, la douleur semble alors être liée plutôt à la cause morbide qu'à l'affection organique elle-même. En effet, cette douleur a un cachet particulier que l'on retrouve dans toutes les lésions dépendantes de la même influence; quelquefois même elle semble exister seule sans altération anatomique appréciable.

D'autres fois encore, une maladie chronique du périoste est accompagnée d'une douleur vive; mais elle coexiste en même temps avec une affection du tissu osseux, et j'avoue qu'il est alors bien difficile de dire si cette douleur est le résultat de la maladie du périoste ou bien de l'os lui-même. La science a besoin encore de faits nouveaux observés sous ce point de vue pour arriver à la solution de cette question si importante pour le diagnostic.

2° *Tuméfaction*. — Elle s'observe aussi constamment et même à un degré généralement plus sensible dans cette forme de la maladie que dans l'inflammation aiguë. Circonscrite ou diffuse comme dans celle-ci, elle est habituellement plus dense, plus résistante.

Elle s'accompagne rarement de changement de couleur à la peau, ou bien, quand cela s'observe, c'est que le tissu cellulaire sous-cutané devient alors le siège d'un travail inflammatoire particulier.

Obs. XVI. — *Observations de périostite subaiguë*¹. — Mary Loudon, tisserande de rubans, âgée de trente-deux ans, fut admise à l'hôpital de Meath, 14 décembre 1812. — Douleur à la tête, du côté gauche. Son bras droit était paralysé et ses doigts contractés. — Elle ne pouvait se tenir debout. — Sa voix était faible, et son visage pâle exprimait la souffrance.

¹ *Dublin Hospital reports*, 1818; tome I^{er}.

Elle se plaignait beaucoup de la tête. — Pouls faible et petit (soixante pulsations). — Fonctions digestives en mauvais état.

Tumeur grosse comme la moitié d'une noix un peu au-dessus du milieu du pariétal gauche. Consistance molle et élastique au centre, dure à la circonférence, présentant une petite ouverture qui permettait d'arriver jusqu'à l'os.

Cette malade, en entrant à l'hôpital, déclara avoir reçu sur la tête un coup de talon de botte. Ce coup n'avait pas produit de plaie, mais l'avait renversée sans connaissance.

Au bout d'un mois un gonflement se manifesta à l'endroit contus: il augmenta de volume, et fut accompagné de douleurs de tête continues. Cinq mois après l'accident, elle eut une attaque d'épilepsie, à la suite de laquelle survint la paralysie ci-dessus mentionnée.

18 août. La tumeur fut ouverte jusqu'à l'os, et on trépana le pariétal d'une quantité considérable. — Le périoste, qui formait la plus grande partie de la tumeur, présentait une structure fibreuse, solide et vasculaire. Sa sensibilité et son adhérence étaient extrêmes. — L'os était raboteux. — La dure-mère saignait abondamment. — Pansement simple. — Et après divers accidents, 1^{er} septembre, guérison complète.

Obs. XVII. — *Périostite subaiguë*. — Malade âgé de trente-trois ans. — Tempérament lymphatique et peu robuste.

Douleur considérable au tibia droit, dans sa partie supérieure. — Le malade n'a souvenir d'aucune chute, coup, etc. — Il continuait pourtant à marcher, aussi souffrait-il moins le matin après le repos du lit. — Aucune apparence de tumeur sur le tibia.

Au bout de plusieurs semaines la douleur augmenta sensiblement, et ne permit plus la marche. — Sangsues, vésicatoires et pillules mercurielles. — Léger amendement, mais de courte durée.

Les douleurs reviennent avec intensité. — Fièvre. Membre atrophié.

Il n'y avait pas de tumeur distincte sur le tibia, mais cinquante-quatre millimètres au-dessous de l'articulation du genou, la face superficielle de l'os présentait une forme arrondie.

Une incision fut faite jusqu'à l'os, et le malade sembla guéri.

Plus tard, récurrence. — Nouvelle incision. — Le périoste était presque cartilagineux, et sa sensibilité était augmentée.

La seconde opération soulagea beaucoup le malade.

Les douleurs revinrent une troisième fois, et le chirurgien, après avoir pratiqué une nouvelle incision, laissa la plaie ouverte pendant trois semaines.

Cette fois, la guérison fut complète.

Marche de la périostite. — La marche de cette maladie est

quelquefois d'une extrême rapidité. En quelques jours, dit Lassus, le panaris dû à l'inflammation du périoste désorganise les parties molles, amène la suppuration, et nécrose la phalange du doigt où il siège. La périostite des fosses nasales peut, comme J. L. Petit en rapporte des exemples, et comme M. A. Bérard en a signalé dernièrement plusieurs faits, se terminer en quatre ou cinq jours, par un abcès qui, si on tarde à l'ouvrir, amène bientôt la carie ou la nécrose du vomer et de la cloison.

La périostite aiguë du crâne revêtant le caractère érysipélateux, peut, comme on le voit dans la seconde observation de Crampton, amener en quelques jours le décollement de toute la surface crânienne, se propager à la dure-mère et entraîner la mort du malade.

A côté de cette marche rapide de la périostite suraiguë, nous pouvons, par opposition, décrire la marche de la périostite chronique.

Cette affection subsiste souvent des mois et des années sans manifester même son existence au malade. Combien de fois des individus qui avaient reçu des contusions sur le crâne n'ont-ils pas présenté plusieurs années après leur accident quelque abcès chronique, quelque tumeur indolente, dont ils ne soupçonnaient pas l'existence, et qui cependant avaient acquis un développement notable!

Entre ces deux extrêmes on doit rencontrer nécessairement d'innombrables variétés.

La marche de cette maladie se lie d'une manière intime à sa cause productrice. Les périostites syphilitiques, mercurielles, scorbutiques, rhumatismales, traumatiques, ont habituellement quelque chose de spécial dans leur marche. A l'article *Diagnostic* nous reviendrons sur ce point.

La partie qui est le siège de l'affection n'influe pas d'une manière constante sur sa marche. Les périostites aiguë et chronique occupent les mêmes régions; cependant il est très-rare de voir des périostites chroniques au bout des doigts. L'espèce de fusion qui s'opère dans cette partie entre le périoste et le

tissu cellulaire si largement pourvu de vaisseaux et de nerfs y est-elle pour quelque chose? Il n'est pas déraisonnable de le croire; du reste le fait existe.

Terminaison. — La périostite peut se terminer: 1° par résolution; 2° suppuration; 3° gangrène; 4° sécrétion de matière gommeuse; 5° sécrétion de matière osseuse; 6° induration.

De ces modes nombreux de terminaison, il en est deux qui sont presque exclusifs au périoste, ou du moins qu'il ne partage qu'avec un petit nombre de tissus. Je veux parler de la sécrétion de la matière gommeuse et osseuse.

1° *Résolution.* — Cette terminaison est rarement spontanée, surtout quand les symptômes se sont manifestés à un certain degré d'acuité; mais par le bénéfice d'un traitement convenable, il est souvent possible de l'obtenir. C'est la plus heureuse de toutes, et celle vers laquelle doivent tendre tous les efforts du médecin.

2° *Suppuration.* — La plupart des auteurs qui ont traité de la périostite n'ayant en vue que la forme syphilitique de cette maladie, ont avancé que jamais elle ne donnait lieu à une sécrétion purulente. Bichat lui-même, dans son *Anatomie générale*, dit que le périoste et le tissu fibreux n'ont pas d'autre mode de suppuration que la sécrétion d'une matière gommeuse colloïde. Appliquée à la périostite syphilitique, cette opinion n'est déjà pas absolument exacte, mais elle est tout à fait insoutenable quand on considère cette maladie, comme nous le faisons ici, d'une manière générale. (M. Rayet, dans son beau travail sur les ossifications morbides, dit: Le périoste enflammé en contact avec l'air suppure et ne s'ossifie pas).

Plus tard, à l'article *abcès*, nous verrons qu'il n'est presque aucune portion du périoste dans laquelle on n'ait observé cette suppuration.

5° *Gangrène.* — Cette terminaison accompagne souvent les désordres terribles du phlegmon diffus. On la rencontre dans le panaris, et surtout dans la périostite scorbutique et mercurielle des gencives. Dans de violentes contusions, dans certaines

dénudations des os, le périoste est quelquefois frappé de mort après s'être enflammé¹.

Ces deux dernières terminaisons sont presque toujours accompagnées de lésions profondes des os, telles que la carie et la nécrose. Il existe même une telle liaison entre ces maladies et l'inflammation du périoste, que beaucoup de pathologistes sont encore dans l'opinion qu'il est impossible de les trouver isolées. Nous verrons cependant des faits positifs qui ne permettent pas de doute à cet égard.

4° *Exsudation d'une matière gommeuse colloïde.* — Nous avons dit que Bichat regardait cette sécrétion comme étant au tissu fibreux ce que le pus est au tissu cellulaire. Cela pourrait être vrai pour le tissu fibreux en général sans l'être pour le périoste; en effet, le périoste n'est pas exclusivement fibreux, il contient des vaisseaux, du tissu cellulaire: il peut par conséquent aussi fournir une suppuration véritable. Quant à l'exsudation gommeuse, c'est surtout dans certaines formes de la périostite syphilitique qu'on l'observe.

5° *Formation d'une matière osseuse.* — Cette terminaison de l'inflammation est des plus remarquables, on ne la rencontre guère que dans les maladies du tissu fibreux ou des os. Elle n'est nulle part plus fréquente que dans le périoste. Nous en parlerons plus tard avec détails. (Voir les *Tumeurs osseuses.*)

Diagnostic. — Dans la forme aiguë, la périostite ressemble à un grand nombre de maladies inflammatoires, avec lesquelles il n'est pas difficile de la confondre. Ainsi la périostite diffuse et aiguë du crâne, telle qu'elle est décrite dans l'observation n° 2 de Crampton (voyez Obs. XV) a les plus grands rapports avec l'érysipèle du cuir chevelu, et probablement que certains érysipèles de la tête qui font succomber les malades appartiennent à cette affection. Ce n'est guère qu'à l'autopsie qu'il est possible d'en constater la différence; car les causes, la marche et les symptômes de ces deux affections ont la plus grande analogie.

¹ Rayet, *Archiv.*, 1825, t. 1, p. 522

Quand elle présente une forme circonscrite et qu'elle se termine par suppuration, la périostite peut être confondue avec le phlegmon. (Voyez l'Observation n° I, de Crampton.)

On pourra souvent, à l'acuité des douleurs, à la résistance de la tuméfaction, à sa profondeur, et surtout à la désharmonie que présentent les phénomènes inflammatoires et la réaction générale, présumer la nature de la maladie. Dans une observation que nous rapporterons plus bas, M. Velpeau fut conduit par ces phénomènes à diagnostiquer une périostite aiguë de la mâchoire chez un enfant.

D'autres fois, au crâne surtout et au tibia, la douleur revêtira le caractère de la névralgie. La tuméfaction n'est pas même alors un signe parfaitement distinctif, puisqu'on le rencontre souvent dans la névralgie à un degré moindre, il est vrai.

Plus souvent on pourra confondre cette affection avec un abcès froid quand elle offre une marche chronique, et ce n'est souvent qu'à l'incision qu'on reconnaît la nature de la tumeur. Enfin, on confondra plus souvent encore cette maladie avec la carie, la nécrose, ou plutôt il arrivera fréquemment que le chirurgien restera dans le doute sur l'existence de cette complication. Un autre point fort important du diagnostic est de remonter à la cause de la maladie. L'examen de la constitution du malade, ses antécédents, seront les sources principales où le chirurgien pourra puiser en cette circonstance.

La marche et les symptômes de l'affection nous seront quelquefois aussi d'un grand secours; ainsi les causes syphilitique et rhumatismale se traduiront habituellement par une douleur d'une nature spéciale, dont on connaît les caractères; d'autres fois cependant on ne saisira rien de particulier. Mais ce que la marche de la maladie ne pourra nous apprendre le plus ordinairement, les circonstances antérieures ou l'examen direct nous l'indiqueront.

Pronostic. — Ce que nous avons dit de la marche et des terminaisons de la périostite prouve suffisamment la gravité de cette lésion. A l'état aigu, elle peut dans quelques jours décoller largement la surface d'un os, amener sa nécrose, et se propa-

geant à quelque organe important comme l'encéphale, produire des accidents mortels.

En général, abandonnée aux forces de la nature, elle se termine rarement d'une manière favorable. Mais on conçoit que l'*acuité* de la maladie, la *nature* de la cause qui lui a donné naissance, son *siège*, l'*étendue* des désordres qu'elle a produits, doivent influer beaucoup sur le pronostic.

1° *Acuité de la maladie.* — En général, la périostite aiguë déterminera plus rapidement des accidents graves. Mais la périostite chronique sera plus souvent rebelle à l'action des moyens thérapeutiques.

2° *Nature de la cause.* — On comprendra facilement que, toutes choses égales d'ailleurs, la périostite, comme la plupart des maladies, sera d'autant plus grave que la cause, plus énergique, sera elle-même plus difficile à éloigner ou à détruire. Il est certaines lésions qui, pour ainsi dire hétérogènes à l'organisation, ne se développent que sous l'influence d'une cause incessante. Il suffit d'enlever la cause qui les entretient pour faire disparaître les altérations. La plupart des maladies spécifiques sont dans ce cas.

D'autres fois, au contraire, une maladie trouvant dans l'organisme normal les éléments de son développement, peut, même après la disparition de la cause, continuer encore longtemps ses progrès; telles sont les inflammations dites franches. Il suffit d'une irritation presque instantanée de cause externe pour développer des phénomènes inflammatoires qu'il est souvent difficile d'enrayer dans leur marche.

Or, ces idées générales peuvent trouver leur application à la périostite. Celle développée sous l'influence syphilitique, plus facile à attaquer dans sa cause, sera moins grave. Les périostites mercurielle, scorbutique, rhumatismale le seront davantage. Il en sera de même de certaines périostites dont les causes internes nous échappent absolument.

3° *Siège.* — Le siège de cette affection doit influer d'une manière notable sur le pronostic. La périostite d'un os profond est plus grave que celle d'un os superficiel. Au crâne elle est

plus dangereuse qu'au bras ou à la jambe. A la face interne ou profonde d'un os plat, plus grave qu'à sa partie externe.

N'étant utile à la vitalité des os que par sa face profonde, le périoste peut s'enflammer et suppurer à l'extérieur sans compromettre les propriétés naturelles de ces organes. Cependant il arrive souvent que, gagnant de proche en proche, l'inflammation passe de la face externe à la face interne.

4° *Son étendue.* — La périostite diffuse sera généralement plus grave que la circonscrite.

5° *Ses complications.* — Le périoste n'ayant dans le jeu de la machine humaine qu'un rôle fort secondaire, ce n'est pas la lésion de ses fonctions qui peut donner à ses maladies un grand degré de gravité. Mais comme il est intimement lié avec un système d'organes importants, les os, que de cette union résulte une communication rapide des altérations de l'un à l'autre, il s'ensuit que les maladies du périoste acquièrent un haut degré de gravité, en devenant causes fréquentes de carie et de nécrose.

D'autres fois, cependant, il faut dire que l'inflammation de cette membrane, loin d'être une maladie dangereuse, est plutôt un bénéfice de la nature, dont l'organisation se sert pour remédier à des altérations graves. Ainsi, dans les fractures, dans la nécrose, l'inflammation du périoste donne lieu à une sécrétion de lymphe organisable et susceptible de s'ossifier, qui contribue à rétablir les fonctions des organes lésés.

Dans certaines tumeurs développées au voisinage des os, le périoste, par un mécanisme semblable, s'oppose aux progrès de la maladie vers les parties osseuses, en les doublant pour ainsi dire d'une nouvelle couche calcaire.

Traitement. — La première indication consiste à détruire ou combattre la cause morbide qui produit ou entretient cette inflammation.

Si l'on reconnaît donc une cause spécifique, il importe de ne rien négliger pour la détruire.

Si, comme cela se voit souvent dans le panaris, il existe un corps étranger, une épine, qui entretienne l'inflammation, la première chose à faire sera de l'enlever.

La seconde indication est d'arrêter la marche de la maladie.

Crampton a remarqué avec juste raison que les antiphlogistiques, les narcotiques, les émollients, qui généralement dans les maladies aiguës obtiennent d'excellents résultats, n'étaient dans cette affection que d'une utilité tout à fait secondaire. On devra cependant les employer, faute de mieux, dans certains cas de périostite profonde où des médications plus actives ne pourraient trouver leur application.

Crampton, réfléchissant au mode de curation du *paronychia maligna*, qu'il regarde comme une des formes les plus aiguës de la périostite, et considérant que dans cette affection cruelle l'incision profonde, conseillée du reste et adoptée par tous les chirurgiens, était un moyen curatif vraiment héroïque, le propose comme méthode générale dans les périostites aiguës et superficielles. Les accidents, dit-il, disparaissent comme par enchantement sous l'influence de ce moyen.

MM. Nichol, Pearson et Graves considèrent aussi l'incision comme un moyen des plus utiles et des plus efficaces; mais conseillent de n'y avoir recours qu'après avoir essayé des moyens plus doux.

Dans le cas observé récemment par M. Velpeau, l'incision a produit immédiatement un soulagement remarquable, et ce chirurgien n'hésite pas à employer ce moyen dans la plupart des inflammations suraiguës, même quand le pus n'est pas encore évident.

M. Graves préconise l'emploi des antimoniaux, des narcotiques, qui, dit-il, assoupissent la douleur. Mais comme il ne rapporte aucune observation, cette opinion, qui se trouve en contradiction avec les faits connus jusqu'à présent, ne mérite pas une attention sérieuse.

Dans la périostite chronique indolente, les frictions mercurielles iodurées, les emplâtres de Vigo, la compression, les vésicatoires pourront être employés avec utilité.

DES TUMEURS DU PÉRIOSTE CONSIDÉRÉES EN PARTICULIER

La plupart de ces tumeurs ne sont autre chose que des modes de terminaison de la périostite aiguë ou chronique; mais, comme elles présentent des différences notables sous le rapport des circonstances de leur formation, de leurs symptômes, de leur marche, de leurs terminaisons, et des moyens thérapeutiques qu'elles réclament, il me paraît indispensable de les examiner isolément comme des maladies distinctes.

TUMEURS GOMMEUSES.

Elles appartiennent presque exclusivement à la syphilis; elles consistent dans une accumulation de matière gommeuse, filante, épaisse, sous le périoste ou dans l'intervalle de ses lames.

Siège. — Elles affectent de préférence le périoste des os larges et du corps des os longs, surtout quand ces os sont placés superficiellement et recouverts d'une petite quantité de parties molles. Aussi la clavicule, le tibia, le crâne, le sternum, la face externe du radius, la face interne du cubitus, en sont fréquemment affectés. D'après M. Lagneau, il n'est pas rare de les observer autour des articulations. On les rencontre quelquefois en grand nombre, mais elles sont toujours isolées et ne présentent jamais de confluence.

Anatomie pathologique. — En examinant la structure de ces tumeurs, dit Boyer, on voit que le périoste et le tissu cellulaire tuméfiés ont été transformés en une substance homogène, blanchâtre ou grisâtre, pâteuse, assez compacte, dont la coupe ressemble assez bien à celle d'une glande lymphatique engorgée, ou mieux encore à celle du vieux fromage. C'est le premier degré, celui d'induration. A un second degré, la tumeur se ramollit et se transforme en une matière gluante, comparable pour la consistance à du mucilage de gomme adragante, transparente, de couleur blanchâtre, jaune, ou quelquefois rou-